

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Journal of Leadership and Human Resource Management in Healthcare

KOLLABORATION



Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

IMPRESSUM

Herausgeber

Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm, University of Applied Sciences
Prof. Dr. Uta M. Feser, Präsidentin

Mitherausgeber/ Redaktion

Prof. Dr. Mario Pfannstiel (federführend), Prof. Dr. Harald Mehlich (verantwortlich), V.i.S.d.P.

Layout & Grafik

Simone Raymund, Theresa Osterholzer (Marketing und Presse)

Redaktionsanschrift

Hochschule Neu-Ulm, Fakultät Gesundheitsmanagement, Wileystraße 1, 89231 Neu-Ulm

Telefon: 0731 9762-1621

E-Mail: zfpg@hs-neu-ulm.de

Abonnement

Möchten Sie sich mit einem eigenen Beitrag in die Zeitschrift einbringen oder die Zeitschrift kostenlos per E-Mail erhalten, dann schreiben Sie uns bitte eine Anfrage.

Rechtliche Hinweise

Die Zeitschrift einschließlich aller in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der Redaktion unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Nachdruck, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers wieder.

Zitierweise

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft, Hochschule Neu-Ulm, Jg. 4, Nr. 2, 2018, S. 1-60. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.04.02.2018-01

Erscheinungsort
Neu-Ulm, 10/ 2018

ISSN Online
2363-9342

ISSN Print
2364-2556

Auflage
1000

QR-Code



Webseiten

Zeitschrift
www.hs-neu-ulm.de/ZFPG

Hochschule
www.hs-neu-ulm.de

Druckerei

Datadruck GmbH
Leibier Weg 8
89278 Nersingen

Beitrag aus der Praxis III



Titel

Mobile psychiatrische Versorgung ohne Psychiater?

Autor

Dr. Christian Klode

Einleitung

„Alle Macht für niemand“ – so lautet ein Artikel in der Süddeutschen Zeitung vom Oktober 2017 zum Thema Demokratisierung von Führung in Organisationen, der – am Beispiel von Start-ups – die Arbeitsorganisation in Teams beschreibt, denen kein Chef vorsteht (Zeuch 2017). Der Autor des gleichnamigen Buchs Andreas Zeuch stellt in diesem Zusammenhang die Bedeutung von Flexibilität heraus, nach der in demokratischen Organisationen alle Teammitglieder in der Lage sein sollten temporär die Führungsrolle einzunehmen.

Vor rund drei Jahren verwies das Wirtschaftsmagazin *brand eins* auf die rund anderthalb Jahre dauernde Regierungskabinettsbildung in Belgien 2011 hin, die ein Beispiel dafür sei, dass „die hochkomplexe Welt des 21. Jahrhunderts nicht zusammenbricht, wenn der Chef mal Pause macht“ (Lotter 2015, S. 38).

Bezogen auf das Gesundheitswesen kann nun die Frage gestellt werden, ob und inwieweit solche vielversprechenden Führungsansätze beispielsweise auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung – und

dort insbesondere in der stationsäquivalenten Behandlung – Anwendung finden können.

Mobile psychiatrische Versorgung im häuslichen Umfeld der Patienten

Hintergrund dieser Frage ist das im November 2016 verabschiedete Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (DGPPN 2016). Von den Fach-, Berufs- und Interessensverbänden wird dabei die Einführung der durch mobile multiprofessionelle Teams im häuslichen Umfeld der Patienten vorgenommene Versorgung als eine wichtige Innovation angesehen. Die konkrete Umsetzung der aufsuchenden Behandlung stellt die Leistungserbringer grundsätzlich vor organisatorische und personelle Herausforderungen, da mit der Vertikalisierung des Versorgungsangebotes (Die Vertikalisierung der Versorgung meint hier die vor- bzw. nachgelagerte stufenweise Erweiterung des originären (überwiegend stationären) Dienstleistungsangebots psychiatrischer Versorgung.) auch eine Veränderung der bisherigen Arbeitsorganisation und des Personalmanagements einhergeht (Klode et al. 2018).

Einige Leistungserbringer können bereits auf gewisse Praxiserfahrungen im Umgang mit aufsuchender psychiatrischer Versorgung zurückgreifen, die im Rahmen eines Regional-Budgets, Verträgen zur integrierten Versorgung, Modellvorhaben nach §64b oder anderer Versorgungs- bzw. Finanzierungs-konzepte erworben wurden. Bemerkenswert dabei ist, dass nur ein kleiner Teil der Patienten Versorgungsangebote wie beispielsweise das „Home Treatment“ in Anspruch nehmen konnte, da diese Angebote bislang regional mit einzelnen Kostenträgern verhandelt wurden und deshalb die aufsuchende Behandlungsmöglichkeit nach Krankenkassen und Wohnort variiert.

Stationäre psychiatrische Versorgung: Multiprofessionalität und Führung

Die Finanzierung von psychiatrischen Leistungen in Deutschland stellt sich bislang als kleinteilig fragmentiert dar und speist sich aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern mit strikten Grenzen zwischen vollstationären, stationsäquivalenten, teilstationären, vor- und nachstationären sowie ambulanten Sektoren. Die stationäre Versorgung nach SGB V regelt über die Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psych-PV 2017) u. a. die Eingruppierung von stationär behandelten Patienten in Behandlungsbereiche und -arten. Es existieren vier Behandlungsbereiche (Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke, Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie), die Behandlungsarten gliedern sich dabei für Erwachsene in sechs Arten (Intensivbehandlung, Rehabilitative Behandlung, Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker, Psychotherapie und Tagesklinische Behandlung). Die Multiprofessionalität der stationären Versorgung ergibt sich aus insgesamt sechs Berufsgruppen (Ärzte, Krankenpflegepersonal, Diplom-Psychologen, Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten/ Krankengymnasten/ Physiotherapeuten und Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen). Die Psych-PV weist nun nach

jeder Behandlungsart jeder Profession eine Arbeitszeit in Minuten (Minutenwert) je Patient und Woche zu, wobei diese Werte je nach Versorgungssituation des Leistungsträgers auch geringer ausfallen können. Die Minutenwerte werden dann in Personalstellen umgerechnet und die Anzahl der Leitungsstellen auf Basis der Anzahl der errechneten Stellen für Ärzte und Diplom-Psychologen berechnet. Die Leitungsfunktionen innerhalb der stationären Versorgung obliegen in der Regel Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie.

Aufgrund der Vielzahl an Behandlungsbereichen und Behandlungsarten erscheint ein Gesamtbild der Zeiteile der Berufsgruppen anhand bloßer Minutenwerte schwierig zu erfassen, daher wurden die Minutenwerte für den Behandlungsbereich A (= Allgemeine Psychiatrie) mit den sechs Behandlungsarten (Objekte) über eine kategoriale Hauptkomponentenanalyse (Wolff/ Bacher 2010) in ein Diagramm überführt, welches zudem den Workload der sechs Berufsgruppen anhand der Objektpunkte skaliert (siehe Abb. 1).

Die Abbildung bildet die dahinterliegende Datenstruktur gut bis sehr gut ab (Das Cronbach's Alpha dieser zweidimensionalen Konfiguration beträgt 96% (Dimension 1 = 83%, Dimension 2 = 52%), die additive, erklärte Varianz liegt bei 84% (Dimension 1 = 54%, Dimension 2 = 30%).). Deutlich wird hier zum einen, dass grundsätzlich die Berufsgruppen der Ärzte und des Krankenpflegepersonals recht nah beieinanderliegen, zum anderen wird auch ersichtlich, dass bei der Intensivbehandlung das Krankenpflegepersonal die zeitlich führende Rolle einnimmt.

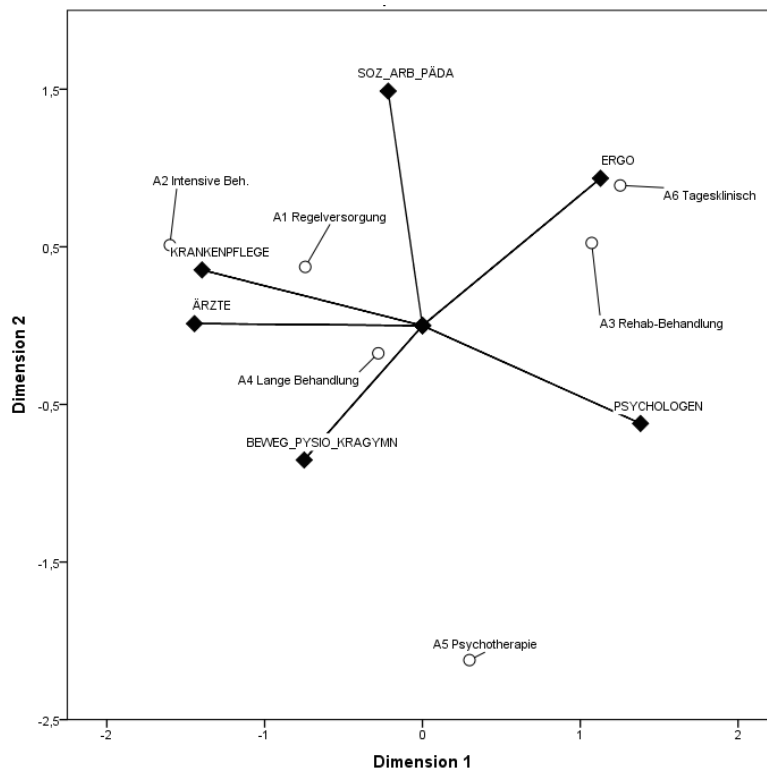


Abb. 1: Verhältnis von Behandlungsarten (A1 bis A6) und Berufsgruppen (Quadrates) für Allgemeine Psychiatrie, gemessen nach Mindestvorgabe der Arbeitszeit in Minuten pro Patient pro Woche.

Quelle: Eigene Darstellung (2018), Datenquelle: Psych-PV (2017).

Mobile psychiatrische Versorgung und die Anforderungen an das Personal

Ein bekanntes und auch bereits in Deutschland angewandtes Modell der stationsäquivalenten Versorgung stellt das sogenannte 'Home Treatment' dar. Im Vergleich zu anderen Formen der aufsuchenden Behandlung wie beispielsweise das Assertive Community Treatment (ACT) stellt das Home Treatment eine intensive und zeitlich limitierte Versorgung für akute Fälle dar. Für bestimmte Patientengruppen konnte auf internationaler Ebene bereits Evidenz in den Bereichen Kosteneffizienz, Patientenzufriedenheit und Genesung nachgewiesen werden, allerdings stellt dieses neue Versorgungsmodell die Kliniken vor bestimmte Herausforderungen. Zum einen bedeutet dies für das bestehende Personal ein Verlassen der bekannten Umgebung und damit in einem gewissen Maße auch das Verlassen einer Sicherheitszone

und den Aufenthalt in einer fremden Umgebung. Zum anderen ist dies auch mit der Bereitschaft zur Weiterbildung verbunden, da bestimmte Anforderungen im Umgang mit der veränderten Situation größtenteils nicht im Rahmen des geläufigen Ausbildungscurriculums erworben werden konnten. Je nach beruflicher Sozialisation ist daher mit unterschiedlichen Motivationen dabei zu rechnen.

Mit der aufsuchenden Behandlung stellen diese Teams jedoch darüber hinaus für die Zeit der akuten Versorgung das wesentliche Bindeglied zu einer gemeindepsychiatrischen Versorgung dar (Heißler 2017), d. h. neben der patientenzentrierten Orientierung sind die Teammitglieder auch in die Netzwerkarbeit eingebunden, innerhalb derer sozialpsychiatrische Arbeit in Form von Tätigkeiten mit, aber auch ohne Patientenkontakt stattfindet. Beispielsweise ist dies die Zusammenarbeit mit Angehörigen, niederge-

lassenen Ärzten, Psychologen und Therapeuten, aber auch Arbeitgebern.

Neben dieser extern sektorenübergreifenden Versorgung stehen die Teams jedoch zunächst auch vor der Aufgabe Informationsarbeit intern zu leisten, um sozusagen die Sektoren innerhalb des eigenen Hauses miteinander zu vernetzen. Neben externen Zuweisern und eigenen, niedrigschwelligen Angeboten stellen die eigenen Kollegen somit auch eine weitere wichtige Bezugsquelle an ‚Kunden‘ dar.

Mobile und stationäre psychiatrische Versorgung mit identischer Personalbemessung?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll bis 2019 eine Richtlinie zur Personalmindestbesetzung erarbeiten, die ab 2020 die Psych-PV ersetzen soll. Zentrale Fragestellungen sind dabei u. a. woran sich die Personalbemessung orientiert (Strukturen, Setting, Patient, Diagnose, Intensität), wie der individuelle Bedarf des Patienten die Personalsituation beeinflusst oder auch generell welche Zusammenhänge zwischen der personellen Ausstattung und der Behandlungsqualität überhaupt nachweisbar sind. Eine in diesem Kontext relevante Frage ist daher auch, inwieweit die Ergebnisse zur Personalbemessung im stationären Bereich Auswirkungen auf die Strukturen und Angebote außerhalb der ‚Krankenhauspsychiatrie‘ haben werden.

Diesbezüglich haben sich der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im August 2017 im Rahmen einer gemeinsamen Vereinbarung zur stationsäquivalenten, psychiatrischen Behandlung (StäB) nach § 115d Abs. 2 SGB V u. a. auf folgende Anforderungen geeinigt (Auszug): das Team besteht aus mindestens drei Professionen (ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter der Psychologen oder Spezialthera-

peuten), die Verantwortung für die Behandlungsplanung und -durchführung liegt bei einem einschlägigen Facharzt, mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams hat mindestens einmal täglich einen (versuchten) direkten Patientenkontakt und mindestens einmal wöchentlich erfolgt eine fachärztliche Visite im direkten Patientenkontakt in der Regel im häuslichen Umfeld. Über diese Vorgaben wird aktuell unter ärztlichen Direktoren kontrovers debattiert (Frasch 2018 und Längle 2018).

Im Vergleich zur stationären Versorgung ergeben sich zwei fundamentale Unterschiede für die aufsuchende Behandlung mit entsprechenden Auswirkungen auf die absoluten Arbeitszeiten (pro Patient) und die relativen Arbeitszeiten (Überstunden, Wochenendarbeit):

- der zeitliche Aufwand für An- und Abfahrten zu den Patienten kann je nach Distanz, Situation und Frequenz stark variieren und
- aus der besonderen Situation des häuslichen Aufsuchens resultiert ein deutlich stärkeres auf die einzelnen Patienten und deren Umfeld ausgerichtetes Engagement, was sich ebenfalls auf die vorgenannten Arbeitszeitarten auswirkt.

Insofern ist eine Vergleichbarkeit der beiden Sektoren aufgrund unterschiedlicher Versorgungsqualitäten und -quantitäten schwerlich herzustellen.

Die Zusammensetzung von mobilen, multiprofessionellen psychiatrischen Versorgungsteams: Heterogenität bei der Personal- und Führungsarbeit

Im Rahmen des interdisziplinären Forschungsprojekts APP (in Kurzform: „Arbeitsorganisation und Personalmanagement von sektorübergreifenden psychiatrischen Leistungen“, APP-Projekt 2018) wird momentan eine qualitative Studie zur sektorenübergrei-

fenden und stations-ersetzenden psychiatrischen Versorgung bundesweit durchgeführt, bei der Mitglieder von mobilen multiprofessionellen Teams von rund fünfzehn psychiatrischen Versorgungsleistern noch bis Mitte 2018 befragt wurden. Erste Hinweise bezüglich unterschiedlicher personeller Ausrichtung zwischen den multiprofessionellen Versorgungsleistern zeichnen sich doch schon jetzt ab, nachfolgend einige Beispiele inkl. selektierten Zitaten dazu:

Zunächst drücken einige Teams ihre Arbeit als Haltung aus, nach der die Arbeit als zeitlich flexible Begleitung definiert wird: „Und in dem Zug sitzt eine Mannschaft, die sich um diese Passagiere kümmert.“ Im Leitbild stand auch am Anfang: „Wir definieren Behandlung von Menschen in seelischer Not ähnlich einer Reise durch eine Krankheit hindurch oder durch ein Leben hindurch, das von Krankheit geprägt ist, mehr oder weniger lange“. (APP-Projekt 2018)

Ein solches Paradigma der Begleitung im Sinne eines therapeutischen Engagements hat konkrete Auswirkungen auf Grundsätze in der täglichen Arbeit: „Und da geht es schon um „Open Dialog“, also dass man halt mit den Klienten spricht und halt nicht über die Klienten. Stichwort: auf Augenhöhe sein.“ (APP-Projekt 2018).

Bei einigen Kliniken wird die traditionelle Linienhierarchie aus der stationären Versorgung innerhalb der mobilen Versorgung durch die Organisationsform „selbst organisierende Netzwerke“ ersetzt: „Teamführer bin formell ich (Anm. des Verf.: promovierter Psychologe). Aber ich sage mal, wie ich es erlebe, ich denke, dass wir eigentlich weitestgehend miteinander entscheiden und dass ich jetzt nicht derjenige bin, der Ansa-gen macht, sondern der fragt.“ (APP-Projekt 2018).

Insofern kommt den Führungskräften auch die besondere Aufgabe zu die Fähigkeiten der Mitarbeiter zu integrieren und zu fördern:

„Ich bin gut beraten als Führungskraft zu lernen, die Fähigkeiten der Mitarbeiter zuzulassen. Und die innovativen Fortschritte kommen vielleicht zu 10% von ganz oben, und der Rest der kommt von unten. Das ist das Gute, was die Klinik hat.“ (APP-Projekt 2018)

Die Führung haben idealerweise diejenigen Personen inne, die Entscheidungen treffen bzw. treffen können, wenn er/sie Handlungsfähigkeit im Team garantieren können, d. h. Führung obliegt nicht zwingend der ärztlichen Leitung: „Ich glaube große Bedeutung, so ist jetzt meine Erfahrung, haben wirklich so Leader. So Personen, die besonders prädestiniert sind (...) und die ein gutes Standing im Team haben und modellhaft da vorreiten und das Interesse bei dem Mitarbeiter wecken.“ (APP-Projekt 2018).

Demokratische Führung heißt grundsätzlich nicht, dass alle Personen führen sollen, sondern das Führung für alle Beteiligten nach transparenten Regeln erfolgt: „Das hat sich sicherlich auch nochmal verändert (...), weil grade (...) bei einer Behandlung, die nicht auf Krankenhaus-Verstand beruht, ist es noch wichtiger, dass die verschiedenen Berufsgruppen offen miteinander zusammenarbeiten.“ (APP-Projekt 2018).

Bereits anhand dieser wenigen Beispiele wird deutlich, dass mit der aufsuchenden Versorgung der Fokus auf ein personen-zentriertes therapeutisches Engagement konzentriert wird. Sozialpsychiatrische Elemente wie Netzwerkarbeit im Bereich der Angehörigen und Arbeitgeber bzw. Ausbildungsbetriebe werden verstärkt in den Vordergrund treten. Anhand der Abbildung zu den vorgeschriebenen Workloads für die stationäre allgemeine psychiatrische Versorgung (Abb. 1) wird deutlich, dass bei der Intensivbehandlung Ärzte und Pflegepersonal in Vergleich zu anderen Behandlungsarten ähnlich ausgestattet sind. Die zentrale Frage lautet nun, ob bei der aufsuchenden Intensivbehandlung gleiches gelten sollte

oder ob sich angesichts des deutlich anders gelagerten therapeutischen Engagements Vollzeitäquivalente eher in Richtung Pflege ausgebaut werden bzw. Pflegepersonal systematisch weiterentwickelt wird, um die zunehmenden Anforderungen an Management- und Führungskompetenzen hinsichtlich Patientenbegleitung und Teamarbeit adäquat nachkommen zu können? Daran ist eine zweite Frage gekoppelt, nämlich in wie weit und – vor allen Dingen – an welchen Orten die Fachärzte eine tragende Rolle innerhalb der mobilen psychiatrischen Teams einnehmen werden.

Literatur

APP-Projekt (2017) Interdisziplinäres Forschungsprojekt APP. Arbeitsorganisation und Personalmanagement von sektorübergreifenden psychiatrischen Leistungen (Hrsg.). online im Internet, URL: www.app-projekt.info. Abrufdatum: 18.12.2017.

DGPPN (2016) Stellungnahme des DGPPN zum PsychVVG. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN, Hrsg.). online im Internet. URL: <https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2016/kabinettsentwurf-psychvvg.html>. Abrufdatum: 18.12.2017.

Frasch K. (2018) Stationsäquivalente Behandlung (StäB) – Ein großer Schritt in die richtige Richtung – Contra, Psychiatrische Praxis. Nr. 45. S. 123-124.

Heißler M. (2017) Multiprofessionelle mobile gemeindepsychiatrische Teams in der Praxis, In: Steinhart I.; Wienberg G. (Hrsg.). Rundum ambulant. Psychiatrie Verlag. Köln. S. 84-99.

Klode C., Steinert T., Blume A., Brückner-Bozetti P., Senkal A., Lingenfelder M. (2018) Zur Rolle organisationaler Variablen bei der Implementierung der sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgung und von

stationsäquivalenter Behandlung in Deutschland – ein Literatur- und Theorie-Review. In: Psychiatrische Praxis. Jg. 45. Nr. 6. S. 291-298.

Längle G. (2018) Stationsäquivalente Behandlung (StäB) – Ein großer Schritt in die richtige Richtung – Pro. Psychiatrische Praxis. Nr. 45, S. 122-123

Lotter W. (2015) Die Chefsache. In: brand eins. Jg. 17. Nr. 3. S. 38-45.

Psych-PV (2017) Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie. Psychiatrie-Personalverordnung. online im Internet. URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/psych-pv/BJNR029300990.html>, Abrufdatum: 18.12.2017.

Wolff H.-G., Bacher J. (2010) Hauptkomponentenanalyse und explorative Faktorenanalyse. In: Wolf C., Best H. (Hrsg.). Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse. Springer Verlag. Heidelberg. S. 333-365.

Zeuch A. (2017) Arbeiten ohne Anweisung. In: Süddeutsche Zeitung. Jg. 73. Nr. 231. S. 61.

Autorenbiografie

Dr. rer. pol. Christian Klode ist wissenschaftlicher Assistent an der Arbeitsgruppe für Wissensmanagement und Senior Research Fellow im interdisziplinären Forschungsprojekt APP im Fachbereich Wirtschaftswissenschaften an der Philipps-Universität Marburg. Von 2010 bis 2012 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter an dem außeruniversitären Institut für Forschungsinformation und Qualitätssicherung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) in Bonn und Berlin. Davor war er wissenschaftlicher Mitarbeiter und Promovend am Lehrstuhl für Strategisches Marketing an der Wirtschaftsfakultät der Privaten Universität Witten/Herdecke. Dr. Klode hält einen Magister-

Abschluss der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf in den Gesellschafts-, Politik- und Medienwissenschaften und ist ausgebildeter Marketing-Kommunikationskaufmann. Seit über zwei Dekaden berät er Organisationen im Bereich empirischer Management-Studien.

Autorenanschrift

Dr. Christian Klode
Interdisziplinäres Forschungsprojekt APP
und Arbeitsgruppe Wissensmanagement
Philipps-Universität Marburg, Fachbereich
Wirtschaftswissenschaften FB02
Universitätsstr. 24 (Altes Amtsgericht)
35032 Marburg

E-Mail: christian.klude@uni-marburg.de